

## بررسی شیوع میگرن شایع و افت عملکرد ناشی از آن در دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان شهرکرد، ۱۳۸۱

دکتر محمود غلامرضا میرزایی\*

### چکیده:

سر درد میگرنی یکی از انواع شایع سردرد می باشد که باعث تغییرات قابل توجهی بر شرایط زندگی فرد مبتلا از جمله افت عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی شخص بیمار می گردد و لذا درمان و پیگیری آن منجر به ارتقاء کیفیت زندگی فرد مبتلا خواهد شد. در این تحقیق میزان شیوع سر درد میگرنی و افت عملکرد ناشی از آن در ۵۵۰ دختر دبیرستانی در شهرستان شهرکرد در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۱ بررسی شد. روش نمونه گیری چند مرحله ای و با استفاده از پرسشنامه های IHS و MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire) انجام گرفت که اولی مربوط به شیوع سردرد و دومی مربوط به افت عملکرد ناشی از آن می باشد. نتایج حاصله از این بررسی به قرار زیر است: از بین ۵۵۰ نفر دانش آموز ۷۳ نفر (۱۳/۳٪) میگرن شایع تشخیص داده شد که در این افراد علائم همراه سر درد میگرنی به ترتیب شیوع عبارت از photophobia (نور گریزی) در ۱۰۰٪ موارد، تهوع یا استفراغ در ۸۶/۳٪ موارد و رنگ پریدگی در ۷۲/۶٪ موارد، سر درد در محدوده ۷۲-۴ ساعت در ۱۰۰٪ موارد، ضرباندار بودن سر درد در ۹۰/۴٪ موارد و یک طرفه بودن سردرد در ۷۱/۲٪ موارد. ضمناً در ۸۰/۸٪ موارد سابقه فامیلی سر درد مثبت بود. بین مقطع تحصیلی و میگرن و بین شدت سر درد و میزان افت عملکرد ارتباط معنی داری مشاهده نشد. در حالی که تشدید سر درد با فعالیت در ۹۸/۶٪ موارد، شدت متوسط تا شدید که مانع انجام فعالیت های روزانه شود (افت عملکرد) ۵۸/۹٪ گزارش شد و بین فرکانس سردرد و میزان افت عملکرد ارتباط معنی دار بود. بنابراین با شناخت این میزان قابل توجه افت عملکرد در قشر جوان باید علل زمینه ای مساعد کننده میگرن را جستجو کرد و با برنامه ریزی بهتر در مدارس آنها و آگاه کردن دبیران و خانواده آنها از وضعیت این دانش آموزان و نیز اقدام سریع جهت بهبودی میگرن و کاهش تعداد حملات سر درد به ارتقاء کارایی عملکرد در محیط تحصیلی به آنها کمک کرد.

واژه های کلیدی : افت عملکرد، شیوع، دانش آموز دبیرستانی، میگرن شایع.

### مقدمه:

تلقی نمود (۷). علل سر درد بیشمار و معمولاً خوش خیم هستند و سالانه در سراسر جهان حداقل ۴۰ درصد افراد را حتی برای یک مرتبه هم که شده گرفتار می نماید. این شیوع برای جمعیت شهری یا روستایی تفاوت چندانی را نشان نمی دهد (۱۳، ۱۹). ممکن است مکانیسم ایجاد کننده

سر درد ممکن است زودرس ترین تظاهر اصلی بیماری سیستمیک یا داخل جمجمه ای جدی باشد و بنابراین نیازمند بررسی کامل و سیستماتیک است و به طور کلی شایع ترین سندرم درد می باشد که می توان آن را به عنوان تکرار شونده ترین نشانه در بیماری های اعصاب

\*استادیار گروه نرولوژی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد: بیمارستان آیت ا... کاشانی - بخش اعصاب - تلفن: ۲۲۲۴۴۴۵-۰۳۸۱ داخلی ۱۹.

سر درد های خوش خیم به وسیله استرس و یا اضطراب فعال شود. در این مورد هر چه سر درد شدیدتر باشد احتمال همراهی آن با تهوع و استفراغ (به خصوص در بچه ها) بیشتر و همچنین احتمال اختلالات بینایی منجمله ترس از نور (photophobia) و حساسیت به صدا بیشتر است (۴). یکی از انواع شایع سر درد، میگرن می باشد (۷). میگرن سر دردی است عود کننده خوش خیم، معمولاً یک طرفه، در فواصل حملات بدون درد، به مدت ۷۲-۴ ساعت طول می کشد و با محرک های کلیشه ای ایجاد می شود. شیوع آن در خانم ها به مراتب بیشتر و استعداد فامیلی در پیدایش آن نقش دارد. از هر سنی نیز می تواند شروع گردد (۷، ۱۵). هیچ گونه محدودیت اجتماعی، اقتصادی یا نژادی برای آن وجود ندارد و از آنجا که حدود نیمی از بیماران به پزشک مراجعه نمی کنند تعیین میزان دقیق آن در جامعه مشکل است (۱۶، ۷). ولی حدود ۱۶-۱۵ درصد خانم ها و ۹-۵ درصد آقایان به آن مبتلا می شوند (۷، ۱۵). تکرار حملات میگرن در اشخاص مختلف و زمان های مختلف متفاوت می باشد و این تفاوت به عوامل خارجی و عوامل داخلی منجمله هورمون ها و به خصوص استروژن ارتباط دارد (۲۱، ۲۶).

میگرن ممکن است با علائم عصبی به خصوص حسی (و علی الخصوص حس بینایی) به صورت پیش قراول سر درد (migraine with aura or classic M.) یا بدون علائم همراه (common migraine) یا به صورت اوراء ایزوله (aura without migraine) مشاهده گردد (۱۹).

میگرن شایع سر دردی است خوش خیم و به مدت ۷۲-۴ ساعت طول می کشد و توسط بیماران تحت عنوان تنشی یا فشاری توصیف می شود (۷). مختصاتی که در مورد میگرن شایع ذکر می گردد از جمله یک طرفه بودن درد، سابقه فامیلی مثبت و وجود aura از خصوصیات ثابت

این میگرن نیست (۸، ۱۷، ۲۳). انجمن بین المللی سر درد (IHS) برای تشخیص این میگرن کراکتریای زیر را قرار داده است. بدین شرح که حداقل پنج حمله از حملات سر درد خصوصیات زیر را داشته باشند:

۱- طول مدت حمله ۷۲-۴ ساعت که در بچه ها ممکن است زمان آن کمتر هم باشد (مثلاً ۲ ساعت).

۲- حداقل ۲ مورد از چهار شکل زیر را داشته باشد:  
الف) یکطرفه باشد.

ب) ضربان دار باشد.

۳- از لحاظ شدت متوسط که با فعالیت روزمره و پیاده روی تشدید شود.

۴- همراه با حالت تهوع، استفراغ یا ترس از نور و ترس از صدا باشد.

با توجه به تعریف و خصوصیات میگرن شایع به دومین قسمت مسئله یعنی افت عملکرد ناشی از آن می پردازیم.

در مباحث روان پزشکی در مورد میگرن عنوان شده که شخصیت های وسواسی که بیش از حد کنترل شده و کمال گرا هستند، افرادی که خشم خود را سرکوب می کنند و کسانی که استعداد ژنتیکی برای ابتلاء به میگرن دارند، ممکن است در هنگام هر گونه استرس یا تعارضات هیجانی غیر اختصاصی شدید دچار این سر درد شوند (۱۴). همچنین باید متذکر شد که در کلیه اختلالات روانی یکی از متغیرهایی که در بیمار بررسی می شود افت کلی عملکرد (Global Assessment Function) GAF است که در DSM-IV-TR که یک نظام پنج محوری دارد، پنجمین محور اختصاص به ارزیابی عملکرد شخص بیمار دارد و در آن پزشک یا روان شناس بالینی در مورد سطح کلی عملکرد بیمار در یک دوره زمانی خاص قضاوت می نماید. عملکرد به صورت ترکیبی از سه زمینه عمده کارکرد اجتماعی، کارکرد شغلی و کارکرد روانشناختی می باشد. در این مقیاس نمره ۱۰۰

برای GAF نشان دهنده بالاترین سطح عملکرد در همه زمینه ها است (۱۴) و میگرن هم به عنوان یک بیماری مزمن و اثر آن روی GAF مسلماً از اهمیت بالایی برخوردار است و با سؤال کردن از بیمار در این زمینه می توان اطلاعات مفید و جالبی به دست آورد (۱۲) و میزان افت عملکرد ناشی از سر درد میگرن از نقطه نظر تشخیص، درمان و پیگیری درمانی میگرن می تواند کمک کننده باشد. در این رابطه ابزاری به صورت پرسشنامه توسط انجمن بین المللی سر درد تحت عنوان MIDAS تدوین شده است که افت عملکرد را از حالت کیفی به صورت کمی در آورده و قابل ارزیابی می نماید (۲۴).

مطالعات متعددی در مورد ارزیابی اعتبار و دقت (validity) و قابلیت اعتماد بودن (reliability) پرسشنامه MIDAS انجام شده است و در این رابطه قابل اعتماد بودن و اعتبار بالای این پرسشنامه و به علاوه تعداد سؤالات کمتر و درک آسان تر آن در رابطه با افت عملکرد در بیماران میگرن توسط پزشکان مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵،۲۴).

همچنین مطالعات متعددی با توجه به پرسشنامه فوق در رابطه با افت عملکرد انجام شده است (۲۲،۱۱،۹) مثلاً در مطالعه ای که در سال ۱۹۹۷ در آمریکا بر روی یک نمونه از دانش آموزان میگرنی ۲۰-۱۵ ساله انجام شد، دانش آموزان به طور متوسط ۱/۴ روز غیبت از مدرسه به علت سر درد در طول سه ماه داشته اند که ۹٪ آن مربوط به سر درد میگرنی بوده است (۱۶). در مطالعه دیگری که در آمریکا در سال ۱۹۹۸ بر روی ۱۲۰۰ پرستار انجام شد، ۳۰ درصد آنها دارای افت عملکرد شدید بودند که این افت با افزایش شدت سر درد ارتباط مستقیم داشته است (۱۰).

همچنین در مطالعه Henry P. و همکاران در فرانسه افت عملکرد ناشی از میگرن ۱۱/۲ درصد بر آورده شده است (۱۱).

در رابطه میگرن با افت عملکرد مطالعات متعددی در ایران انجام شده است (۱،۲،۵). نتیجه مطالعات فوق همگی دلالت بر افت عملکرد بیماران میگرنی داشته است. البته هیچ کدام از محققان فوق از پرسشنامه MIDAS استفاده نکرده اند.

نهایتاً با توجه به بررسی های انجام شده و اینکه سر درد میگرن معمولاً آن قدر شدید است که در کارآیی شخص اختلال ایجاد کرده و در عملکرد فردی و اجتماعی شخص تأثیر منفی می گذارد و به عنوان یک مشکل در عصر حاضر مطرح است (۱۸،۲۰) و تشخیص، درمان و پیگیری درمان می تواند به ارتقاء کیفیت زندگی فرد و کارآیی وی کمک نماید (۱۲)، به بررسی میزان فراوانی میگرن شایع در دختران دبیرستانی شهرستان شهرکرد پرداخته شد و افت عملکرد ناشی از آن را بر آورده کرده تا از نظر بهبود عملکرد این گروه و جلوگیری از هزینه های اقتصادی ناشی از آن کمک مؤثری به این گروه از بیماران و ارتقاء کیفیت زندگی آنان بشود.

### مواد و روشها:

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی در اردیبهشت ۱۳۸۱ بر روی ۵۵۰ نفر دانش آموز دختر در چهار مقطع تحصیلی اول تا چهارم دبیرستان در شهرستان شهرکرد صورت گرفت. نمونه ها به ترتیب سال اول ۱۳۴ نفر، سال دوم ۱۳۵ نفر، سال سوم ۱۳۵ نفر و سال چهارم ۱۴۶ نفر بودند. پرسشنامه های مربوطه شامل دو پرسشنامه که اولی بر اساس معیارهای HIS (انجمن بین المللی سر درد) و شامل ۱۰ سؤال و مشخص کننده وجود یا عدم وجود میگرن بود. این پرسشنامه بین دانش آموزان به طور تصادفی در هر کلاس و مقطع تحصیلی توزیع شد و پس از تکمیل در مواردی که به سؤالات مربوط به میگرن شایع پاسخ مثبت داده بودند با شک به میگرن انتخاب و کلیه معاینات فیزیکی جهت تأیید یا رد بیماری انجام گرفت.

## نتایج:

از بین ۵۵۰ دختر دبیرستانی بین سال های اول تا چهارم دبیرستان با گروه سنی ۲۰-۱۴ سال و میانگین سنی ۱۶/۴۱ و انحراف معیار ۱/۲۲ که تحت بررسی از نظر وجود یا عدم میگرن شایع قرار گرفتند ۷۳ نفر آنها (۱۳/۳٪) دارای بیماری بودند.

از بین مبتلایان به میگرن ۱۶ نفر (۱۱/۹٪) در مقطع تحصیلی اول (از سال اولی ها) ۲۲ نفر (۱۶/۳٪) در مقطع تحصیلی دوم، ۱۶ نفر (۱۱/۹٪) در مقطع سوم و ۱۹ نفر (۱۳٪) در مقطع تحصیلی چهارم تحصیل می کردند.

طبق آمار به دست آمده از بین بیماران ۷۱/۲ درصد دارای سر درد یک طرفه، ۹۰/۴ درصد سر درد ضرباندار، ۸۶/۳ درصد سر درد به همراه تهوع و استفراغ و ۷۲/۶ درصد به همراه سر درد حالت رنگ پریدگی وجود داشت. تمامی بیماران در طول حمله تمایل داشتند در محیطی دور از نور و صدا باشند و در ۸۰/۸ درصد موارد سابقه خانوادگی مثبت میگرن ذکر شده است. در مورد فرکانس سر درد، تعداد حملات سر درد در طی یک دوره سه ماهه از ۱ تا ۱۰ حمله متغیر بوده و میانگین تعداد حملات ۲/۹۷ روز بوده است.

نتایج به دست آمده از بررسی های آماری در مورد افت عملکرد تحصیلی نشان داد که سر درد ۹۳/۱۵ درصد از بیماران به حدی بوده که قادر به انجام کارهایشان نبودند، ۹۸/۶ درصد با فعالیت فیزیکی سر دردشان تشدید می شده است. ضریب همبستگی پیرسون (Pearson correlation) بین میزان افت عملکرد و فرکانس سر درد محاسبه گردید و برابر ۰/۵۹. به دست آمد که از نظر آماری معنی دار بود یعنی با افزایش تعداد حملات میگرن درجه افت عملکرد نیز افزایش پیدا می کند.

در بین مبتلایان در مورد شدت سر درد بین نمرات ۱-۱۰، بیشترین نمره ۸ و کمترین آن یک بوده است که

کسانی که از سر درد شکایت نداشتند یا فواصل سر درد آنها بیش از سه ماه بود به عنوان فاقد میگرن تلقی شدند. در صورت لزوم برای رد کردن دیگر علل سر درد بررسی های پاراکلینیکی منجمله اسکن مغزی و نوار مغز انجام شد. در نهایت به موارد تشخیص داده شده میگرن پرسشنامه دوم که استاندارد MIDAS از انجمن بین المللی سر درد بود (۲۴)، داده شد و توسط آنها تکمیل گردید. البته سؤالات این پرسشنامه پس از ترجمه بر اساس آداب و رسوم و فرهنگ ایرانی تعدیل گردید. این پرسشنامه شامل هفت سؤال و کلیه سؤالات مربوط به سر درد طی سه ماه گذشته است و پاسخ ها بر حسب تعداد روز می باشند و سؤالات اول تا پنجم مربوط به نمره افت عملکرد ناشی از میگرن بودند و عدد حاصله از مجموع این پنج سؤال بر اساس تقسیم بندی میزان افت عملکرد، بیماران را به چهار گروه زیر تقسیم می نماید:

۱- افت عملکرد ناچیز یا بسیار کم که نمره ۰-۵ گرفته اند و تحت عنوان Grade I نامگذاری می شوند.

۲- افت عملکرد خفیف یا کم که شامل افرادی است که نمره ۶-۱۰ گرفته اند و تحت عنوان Grade II می باشند.

۳- افت عملکرد متوسط که افراد دارای نمره ۱۱-۲۰ را شامل می شود و تحت عنوان

Grade III نامگذاری می شود.

۴- افت عملکرد شدید که شامل افرادی است که نمره ۲۱ و ۲۱ به بالا گرفته اند و تحت عنوان Grade IV نامگذاری می شود.

کلیه اطلاعات کد بندی شده حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی فراوانی، فراوانی نسبی، میانگین انحراف معیار و آزمون های آماری  $\chi^2$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

البته بین شدت میگرن و افزایش درجه افت عملکرد ارتباط معنی داری پیدا نشد. غیبت از مدرسه در طی سه ماه گذشته از صفر تا ۵ روز متغیر بوده و میانگین غیبت ۸۶٪ روز به دست آمد.

در بین این بیماران در کل، ۶ نفر (۸/۲٪) در درجه یک افت عملکرد (Grade I) یا افت عملکرد ناچیز (۲۴ نفر (۳۲/۹٪) در درجه ۲ (افت عملکرد خفیف) ۲۷ نفر (۳۷٪) در درجه ۳ (افت عملکرد متوسط) و ۱۶ نفر (۱۲/۹٪) در درجه ۴ (افت عملکرد شدید) قرار گرفتند که بیشترین افراد در Grade III می باشند و نیاز به درمان دارند (جدول شماره ۱).

جهت پیدا کردن رابطه بین مقطع تحصیلی و میزان افت عملکرد، چهار گروه افت عملکرد، به دو گروه دسته بندی شدند یعنی گروه اول (Grade I و II) که نیاز به درمان خاصی ندارند و گروه دوم (Grade III و IV) که نیاز به درمان دارند و نتایج چنین بود:

در مقطع تحصیلی سال اول ۱۰ نفر (۶۲/۵٪) در گروه اول و ۶ نفر (۳۷/۵٪) در گروه دوم قرار گرفتند. در مقطع تحصیلی دوم به ترتیب ۱۰ نفر

(۴۵/۵٪) و ۱۲ نفر (۵۴/۵٪)، در مقطع تحصیلی سوم ۲ نفر (۱۲/۵٪) و ۱۴ نفر (۸۷/۵٪) و در مقطع تحصیلی چهارم ۸ نفر (۴۲/۱٪) و ۱۱ نفر (۵۷/۹٪) قرار گرفتند. در کل ۴۳ نفر (۵۸/۹٪) دارای افت عملکرد متوسط و شدید و ۳۰ نفر (۴۱/۱٪) دارای افت عملکرد ناچیز و خفیف بودند.

### بحث:

در یک مطالعه جمعیتی روی نمونه ای از دانش آموزان ۲۰-۱۵ ساله مالزی شیوع کلی میگرن ۱۲/۷ درصد و شیوع آن در دختران ۱۳/۷ درصد گزارش شده است (۱۶) که با این مطالعه همخوانی دارد. طبق مطالعه انجام شده در کرمان شیوع میگرن در دانشجویان پزشکی آن شهر ۱۷/۲ درصد و در کارمندان شهر ۱۴/۷ درصد بوده است (۱). میزان اختلاف فوق با تحقیق حاضر (۱۳/۳٪) را می توان به علت اختلاف محدوده سنی، تفاوت های جنسی، شغلی و جمعیتی توجیه کرد (۷) که بیانگر تفاوت الگوی سردرد در جوامع و شهرهای مختلف و نقش عوامل محیطی در افزایش یا کاهش میزان های مذکور بوده و لزوم مطالعات متعدد در این

**جدول شماره ۱:** توزیع فراوانی افت عملکرد ناشی از میگرن شایع بر حسب مقطع تحصیلی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرکرد

مقطع تحصیلی	اول دبیرستان		دوم دبیرستان		سوم دبیرستان		چهارم دبیرستان		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عملکرد ناشی از میگرن										
ناچیز (درجه ۱)	۳	۱۸/۸	۲	۹/۱	۰	۰	۱	۵/۳	۶	۸/۲
خفیف (درجه ۲)	۷	۴۳/۸	۸	۳۶/۴	۲	۱۲/۵	۷	۳۶/۸	۲۴	۳۲/۹
متوسط (درجه ۳)	۲	۱۲/۵	۸	۳۶/۴	۱۰	۶۲/۵	۷	۳۶/۸	۲۷	۳۷
شدید (درجه ۴)	۴	۲۵	۴	۱۸/۲	۴	۲۵	۴	۲۱/۱	۱۶	۲۱/۹
کل	۱۶	۲۱/۹	۲۲	۳۰/۱	۱۶	۲۱/۹	۱۹	۲۶	۷۳	۱۰۰

زمینه حتی برای شهرستان های همجوار را ایجاب می نماید. از طرف دیگر مطالعه دکتر یوسفی شیوع کلی میگرن در دانشجویان علوم پزشکی زنجان را با محدوده سنی ۳۰-۱۷ سال ۱۱/۰۱ و شیوع میگرن در زنان را ۱۳/۷۲ درصد نشان می دهد (۶). مطالعه مشابهی در همدان توسط دکتر عظیمیان انجام شده و شیوع میگرن شایع در زنان را ۱۳ درصد برآورد کرده است (۳). که از لحاظ محدوده سنی، جنس و نوع میگرن بین این مطالعات و بررسی اخیر شباهت وجود دارد.

در رابطه با میگرن و افت عملکرد ناشی از آن، مطالعه ای توسط Henry P از جمعیت عمومی فرانسه با استفاده از پرسشنامه MIDAS انجام شده است. در این بررسی شیوع کلی میگرن ۱۶/۲ درصد بود که ترتیب قرار گرفتن آنها در گروه های چهار گانه (Grade) به این صورت بود: ۴۲/۷ درصد در grade I، ۲۸/۱ درصد در grade II، ۱۸ درصد در grade III و ۱۱/۲ درصد در grade IV (۱۱). این درصدها در بررسی فوق به ترتیب شیوع میگرن ۱۳/۳ درصد و ترتیب قرار گرفتن آنها در گروه های چهار گانه، ۸/۲ درصد، ۳۲/۹ درصد، ۳۷ درصد و ۲۱/۹ درصد می باشد.

براساس این دو بررسی بیماران Henry P بیشتر در Grade I (۱۱) و بیماران ما بیشتر در Grade III بوده اند. این اختلاف را می توان اینگونه توجیه کرد که چون ما در یک نمونه خاص از جمعیت به بررسی پرداخته ایم و بیماران مورد مطالعه در فرانسه از جمعیت عمومی بوده اند لذا قیاس کردن این دو بررسی چندان مقبول نبوده و نباید انتظار نتایج مشابه را داشت.

همچنین تفاوت های سنی، محیطی، فرهنگی و اجتماعی همه می توانند در این اختلاف مؤثر باشند (۷).  
بهر حال با شناخت این میزان قابل توجه افت عملکرد آنهم در قشر نوجوان و جوان بایستی علل زمینه ای مساعد

کننده میگرن را جستجو کرد و با برنامه ریزی بهتر در مدارس آنها و آگاه کردن دبیران و خانواده آنها و نیز اقدام سریع جهت بهبودی میگرن با درمان های پروفیلاکتیک و کاهش تعداد حملات سر درد به ارتقاء کارآیی و عملکرد در محیط تحصیلی به آنها کمک نمود. ضمناً در همین جا می توان به اهمیت پرسشنامه MIDAS اشاره کرد، حداقل اهمیت این پرسشنامه این است که افت عملکرد II و Grade I را از افت عملکرد IV و Grade III متمایز می نماید (۲۴) و همانطور که اشاره شد بیماری در گروه اول کم اهمیت ولی در گروه دوم نیاز به درمان سریع و اقدامات حمایتی بیشتر دارد.

نکته قابل بررسی دیگر مسئله غیبت دانش آموزان که خود منجر به افت تحصیلی آنها می شود می باشد. به طوری که در آمریکا ۱۴ درصد دانش آموزان دختر و ۸ درصد دانش آموزان پسر به علت سر درد در طول سه ماه، یک روز یا قسمتی از آن را از دست داده اند که ۹٪ آن مربوط به سر درد میگرنی بوده است (۱۶). همچنین پژوهشی دیگر در آمریکا نشان داد که علت ۵-۳ درصد غیبت دانش آموزان از مدرسه سر درد میگرنی بوده است و دانش آموزانی که علیرغم سر درد، سر کلاس حاضر شده اند ۴۵ درصد کاهش توان کاری داشته اند (۱۰). این آمار در مقایسه با مطالعه ما که متوسط غیبت ناشی از سر درد در سه ماه گذشته ۸۶٪، روز محاسبه شد مطابقت دارد.

در رابطه با فرکانس سر درد و افت عملکرد ناشی از آن تحقیقات متعددی انجام شده است. در این تحقیق تعداد حملات به طور متوسط ۲۲/۱۸ در طول سال بوده است و در یک تحقیق دیگر در ایالت بالتیمور آمریکا تعداد متوسط حملات را ۸/۵ حمله در طول سال برآورد کرده (۲۳) و در بررسی دکتر کوپایی فراوانی حملات میگرن در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه ۵۶ درصد

کمتر از ۴ حمله و بقیه بیش از ۳ حمله در طی ۶ ماه بوده است (۵).

البته بایستی متذکر شد که در بررسی های درمانگاهی، فراوانی حملات قابل مقایسه با بررسی های جمعیتی نمی باشد. ولی طبق بررسی Alden و Stewart در بین تعداد حملات و افت عملکرد ناشی از آن ارتباط معنی دار وجود داشته است (۱۰، ۲۴) و در بررسی فوق هم جواب مشابهی به دست آمد و بالاخره تلاش مطالعه حاضر بر این بود تا با تعیین میزان شیوع میگرن و افت عملکرد ناشی از آن در دانش آموزان اقدامات مؤثری در پیشگیری یا کاهش میزان بروز میگرن که منجر به کاهش توان یادگیری و اختلال در تحصیل آنها شده و باعث تحمیل هزینه های هنگفت به سازمان های مسئول تأمین سلامت جامعه و دانش آموزان مبتلا و خانواده آنها می شود، انجام گیرد. در خاتمه ذکر دو نکته ضروری است که ۱- چون

بعضی از سؤالات مثل کیفیت سر درد، تهوع و ... مبهم است بهتر است پرسشنامه به طور حضوری تنظیم و نکات مبهم توضیح داده شود. ۲- چون افت عملکرد مربوط به سه ماه گذشته بوده است و فراموشی در پاسخ به بعضی سؤالات دخالت داشته است بهتر است که افراد دارای میگرن را در یک بررسی سه ماهه شرکت داده و وقایع مربوط به سر درد را به صورت روزانه و جزء به جزء مورد بررسی قرار دهیم.

### تشکر و قدردانی:

هزینه این طرح از طریق حوزه معاونت پژوهشی تأمین گردیده است. لذا بدینوسیله از آن حوزه کمال تشکر را دارم. ضمناً از همکاری بی دریغ آقای دکتر مصطفی نجفی و خانم دکتر لیلیا مبینی که در انجام این طرح اینجانب را یاری نموده اند کمال تشکر را دارم.

### منابع:

۱. حمزه ای مقدم اکبر. بررسی شیوع میگرن و افسردگی و رابطه آنان با یکدیگر در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. (۲) ۵: ۹۱-۸۴، ۱۳۷۷.
۲. شیرزادی مصطفی؛ اعتمادی فر مسعود. بررسی بیماران مبتلا به سر درد از نظر خصوصیات فردی مشخصات بالینی، علائم همراه و عوامل تشدید کننده. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۵ (۴۸): ۹۳-۸۸، ۱۳۷۶.
۳. عظیمیان مجتبی. بررسی فراوانی انواع سر درد در ۳۰۰ مورد از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان سینا همدان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. ۸ (۲): ۷-۳۴، ۱۳۸۰.
۴. موسی نسب محمد. سر درد میگرنی و مطالعه ۶۵ مورد آن. دارو و درمان. ۱۰ (۱۱۷): ۶-۲۳، ۱۳۷۲.
۵. نجفی کوپایی مهدی؛ سمنانیان سعید. تأثیر سر درد میگرنی بر وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۵۶ (۱): ۸-۹۱، ۱۳۷۷.
۶. یوسفی مهران. بررسی شیوع میگرن در دانشجویان پزشکی و پزشکان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. ۸ (۳۰): ۲۲-۱۸، ۱۳۷۹.
7. Adams RD. Headache and other craniofacial pains. In: Adams and victor's. Principles of neurology: From McGraw Hill Company. NewYork: USA, 181-3, 2001.
8. Dalessio DJ. Diagnosing the severe headache. Neurology, 44: 6-12, 1994.

9. De-Queiroz LP. Clinical characteristics of common migraine. among adolescent. *Rev Neurol*, 33(7): 90-5, 1998.
10. Durham CF. Quality of life and productivity in nurses reporting migraine. *Headache*, 38(5): 81-6, 1998.
11. Henry P. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Service de Neurologie*, 59(2): 32-7, 2002.
12. Hoca Committee in classification of headache. *JAMA*, 179: 717-18, 1982.
13. Honkasalo ML.; Kaprio J. Migraine and concomitant symptoms among 816 adult twin pairs. *Headache*, 182(6): 245-51, 1995.
14. Kaplan HI.; Sadock BJ.; Grebb JA. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: From Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia: USA, 9<sup>th</sup> ed. 290, 838, 2003.
15. Lance YW. Headache and facepain: migraine. In: Swash M.; Oxbury Y. *Clinical neurology: From churchill Livingstone*. NewYork: USA, 326-51, 1991.
16. Lipton RB.; Stewart WF. Prevalence and impact of migraine. *Neurologic Clinics*, 15: 1-13, 1997.
17. Merikangas KR.; Dartigues JF.; Whitaker A.; Angost J. Diagnostic criteria for migraine. *Neurology*, 44: 16-20, 1994.
18. Posner J. Disorder of sensation. In: Bennet JC.; Plum F. (EDS). *Cecil textbooks of medicine/ VO II: From WB Saunders Company*. Philadelphia: USA, 20<sup>th</sup> ed. 2030-44, 1998.
19. Raskin NH. Headache. In: Rowland LP. *Merritt's textbook of neurology: From Lippincott Williams & Wilkins*. Philadelphia: USA, 36-8, 807-12, 2000.
20. Raskin H. Migraine and the cluster syndrom. In: Fauci AS.; Brwnwald E.; Lsselbucher KJ. *Harrison's principles of internal medicine: From McGraw Hill Company*. Philadelphia: USA, 14<sup>th</sup> ed. 2307-11, 1998.
21. Rasmussen BK.; Stewart WF. Epidemiology of migraine. In: Olsen J.; Tefelt P.; Welch MA. *The headache: From Lippincott Williams & Wilkins*. Philadelphia: USA, 14<sup>th</sup> ed. 227-35, 2000.
22. Sakaif M.; Igarashi H. Prevalance of migraine in Japan. *Department of medicine*. 17(1): 15-22, 1997.
23. Selby G.; Lance JW. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 23: 23-32, 1997.
24. Stewart WF. Development and testing of the MIDAS questionnaire to assess headache-related disability. *Department of Epidemiology*, 56(6): 20-8, 2001.
25. Stewart WF.; Lipton RB. Need for care and perceptions of MIDAS among headache sufferers study: *CNS drugs. Johns Hopkins School of Public Health*. 1(15): 5-11, 1997.
26. Ziegler DK.; Hassanein RS.; Couch JR. Characteristics of life headache histories in a nonclinics population. *Neurology*, 27(3): 265-9, 1987.